

ANNÉE 1943

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NICOL-TRÉMANT (Lydie)

Née le 19 Août 1913, à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le **14 MAI 1943**

LA SULFAMIDOTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAPÉRITONÉALE DANS LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

Président : M. PORTES, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **NICOL-TRÉMANT.**

Prénoms : **Lydie.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille : **TRÉMANT.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —

La sulfamidothérapie par voie intrapéritonéale dans les interventions obstétricales. — *Paris, Lib. Le François*, 1943, in-8°, 47 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1943.

N°).

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —

La sulfamidothérapie par voie intrapéritonéale dans les interventions obstétricales. — *Paris, Lib. Le François*, 1943, in-8°, 47 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1943.

N°).

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —

La sulfamidothérapie par voie intrapéritonéale dans les interventions obstétricales. — *Paris, Lib. Le François*, 1943, in-8°, 47 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1943.

N°).

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —

La sulfamidothérapie par voie intrapéritonéale dans les interventions obstétricales. — *Paris, Lib. Le François*, 1943, in-8°, 47 p.

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1943.

N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : NICOL-TRÉMANT.

Prénoms : Lydie.

(éventuellement) :
Nom de jeune fille : TRÉMANT.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Les deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —
La sulfamidothérapie par voie in-
trapéritonéale dans les interven-
tions obstétricales. — Paris, Lib.
Le Français, 1943, in-8°, 47 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1943.
N° .)

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —
La sulfamidothérapie par voie in-
trapéritonéale dans les interven-
tions obstétricales. — Paris, Lib.
Le Français, 1943, in-8°, 47 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1943.
N° .)

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —
La sulfamidothérapie par voie in-
trapéritonéale dans les interven-
tions obstétricales. — Paris, Lib.
Le Français, 1943, in-8°, 47 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1943.
N° .)

NICOL-TRÉMANT (Lydie). —
La sulfamidothérapie par voie in-
trapéritonéale dans les interven-
tions obstétricales. — Paris, Lib.
Le Français, 1943, in-8°, 47 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1943.
N° .)

ANNÉE 1943

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
NICOL-TRÉMANT (Lydie)

Née le 19 Août 1913, à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 19

LA SULFAMIDOTHÉRAPIE
PAR VOIE INTRAPÉRITONÉALE
DANS LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

Président : M. PORTES, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphi-
 litiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et ortho-
 pédie
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Clinique de la Tuberculose.....
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-
 dulte
 Clinique cardiologique
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-Sociale.....

Professeurs sans chaire.....

ROUVIERE.
 LÉON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CHALEROL.
 PETIT-DUTAILLIS.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.
 LIAN.
 HENRI BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT.

CATHALA.
 ROBERT DEBRÉ.
 LEVY-VALENSI.

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CADENAT.
 MONDOR.
 QUENU.
 BROcq.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 LEVY-SOLAL.
 PORTES.
 MOCQUOT.

LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 SENEQUE.
 M. VILLARET.
 TROISIER.

MATHIEU.
 DONZELOT.
 CLOVIS VINCENT.
 N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale.... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale.... BOULIN.
 Pathologie médicale.... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale.... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale.... GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS

MM.

Pathologie médicale.... DE GENNES.
 Pathologie médicale.... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale ... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale .
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale .
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale ... SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

MM.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGRÈGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CHABROL.
CHEVALIER.
LAROCHE G.
MOREAU.
SEZARY.

} Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
MOULONGUET
MOURE.

} Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
VIGNES

} Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDOUX-LEBARD.
DECHAUME.
N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnais-
sance.*

A MON MARI

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR SEBILLEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR MIRAILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR BUREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR VERAN

Internat du Havre

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES

AU DOCTEUR LAURET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin-Chef du Service de la Maternité des Hôpitaux de Rouen

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et nous a aimable-
ment aidé de ses conseils
dans la rédaction de ce travail.*

INTRODUCTION

Bien que d'apparition récente dans notre thérapeutique, LES DÉRIVÉS SULFAMIDÉS ont déjà suscité d'innombrables travaux qui ont porté d'une part sur l'action des dits dérivés dans diverses affections microbiennes, et d'autre part sur le mode d'introduction dans l'organisme.

Différentes voies d'introduction ont été utilisées les unes après les autres : voie buccale ;

intramusculaire ;

intraveineuse ;

locale.

Peu d'ouvrages ont traité jusqu'à présent d'une forme d'utilisation locale qui prend de jour en jour une place plus grande dans la thérapeutique chirurgicale :

LE POUDRAGE SULFAMIDÉ PAR VOIE INTRAPÉRITONÉALE
DANS LES INTERVENTIONS GYNÉCOLOGIQUES ET EN PARTICULIER OBSTÉTRICALES.

Nous pensons faire œuvre utile en apportant quelques observations qui nous semblent intéressantes à ce point de vue.

Nous avons ainsi divisé notre travail :

- 1°) Rappel historique de la thérapeutique locale.
 - 2°) Technique de la thérapeutique locale.
 - 3°) Indications.
 - 4°) Mode d'action de cette thérapeutique locale.
 - 5°) Doit-on lui associer une thérapeutique par voie buccale ?
 - 6°) Accidents de la sulfamidothérapie. (En a-t-on observé dans la thérapeutique locale ?).
 - 7°) Observations.
 - 8°) Conclusions.
-

I. — RAPPEL HISTORIQUE DE LA THERAPEUTIQUE LOCALE

En janvier 1938, on s'aperçut que l'on pouvait injecter sans danger, une solution saturée de 1162 F dans les espaces sous-arachnoïdiens. On chercha alors à attaquer les germes où ils se fixent, se développent et d'où ils essaient. On pensa donc qu'il fallait mettre en contact les germes et les sulfamides puisque ceux-ci ont des propriétés bactériostatiques. On associa la sulfamidothérapie locale à la sulfamidothérapie générale par la suite. Celle-ci devant prévenir l'essaimage des produits microbiens à distance du foyer initial et pour agir sur les localisations peu accessibles à la voie directe.

En dermatologie, nous signalerons les travaux de LEPINAY en novembre 1938. Puis l'emploi de la poudre sulfamidée dans les plaies et les lésions traumatiques (plaies de guerre) (JENSEN, juillet 1939).

AMELINE a observé des résultats constamment favorables sur l'emploi des sulfamides en chirurgie gynécologique, qu'il s'agisse d'hystérectomie, d'opération de Wertheim.

C'est à cette dernière méthode (et s'inspirant des mêmes principes) que s'apparente la thérapeutique locale intrapéritonéale dans les interventions obstétricales.

II. — TECHNIQUE

DE LA THERAPEUTIQUE LOCALE

La posologie actuelle est absolument empirique : quinze à vingt grammes sont d'un emploi courant en application abdominale. AMELINE a utilisé trente grammes sans inconvénients, aucun accident ni même incident n'a été observé.

On emploie la poudre à l'aide d'un pulvérisateur. La poudre est recommandée à cause de sa neutralité, sa diffusibilité, sa solubilité et sa parfaite tolérance. On élimine les solutions de concentration insuffisante (2 %).

Tous les auteurs reconnaissent la nécessité d'un méchage qui maintient en place relativement la poudre, en cas d'hystérectomie totale avec drainage vaginal et d'opération de Wertheim avec drainage vaginal. Ameline explique habituellement les corps sulfamidés sur la base cruantée des deux ligaments larges. Le drainage avec les mèches sont à leur tour recouverts de sulfamides et on termine l'intervention par un surjet colovésical qui exclut en quelque sorte la région opératoire et le foyer de sulfamidation locale.

La cavité péritonéale ne paraît pas très favorable à l'emploi de la sulfamidation locale. Le dépôt de dix à quinze grammes de sulfamides après l'opération dans le péritoine n'est local qu'en apparence car il y a deux obstacles :

1°) Le brassage des anses intestinales ;

2°) L'existence quasi constante de liquides : sérosité, sang ou pus.

On obtient donc en réalité, grâce à la diffusion qui s'ensuit, une sulfamidothérapie intrapéritonéale mais non locale. Dans tous les cas il faut atteindre le taux de concentration maxima (variable pour chaque malade).

Dans les interventions obstétricales nous nous sommes surtout attachés à réaliser un drainage et un saupoudrage du Douglas, mais aussi et surtout à placer un Mickulicz contenant de la poudre de sulfamide sur la plaie d'hystérectomie.

III. — INDICATIONS

Dans quels cas la sulfamidothérapie intrapéritonéale sera-t-elle nécessaire ?

1°) Dans les cas de césariennes tardives :

la poche des eaux est rompue depuis plus de 12 heures ;

la dilatation est importante (supérieure à 5 francs) ;

le travail est prolongé depuis au moins 12 heures ;

Enfin dans tous les cas d'anomalie du travail ;

2°) Dans les cas de ruptures utérines.

Dans ces cas, souvent le milieu est septique. Il y a impossibilité d'avoir une péritonisation.

3°) Dans les péritonites puerpérales.

En effet comme l'ont montré tous les travaux récents sur les interventions obstétricales (RISACHER, LE LORIER et surtout la thèse de COEN, Paris 1936), la gravité des interventions obstétricales est surtout fonction de l'infection amniotique plus ou moins importante qui existe toujours lorsque la poche des eaux est rompue depuis quelques heures.

C'est la transnidation au travers la suture utérine,

dans la césarienne ou la tranche utérine elle-même dans l'hystérectomie qui se comporte comme un foyer septique qui ensemine le péritoine et cause les complications post-opératoires les plus graves.

IV. — MODE D'ACTION DE CETTE THERAPEUTIQUE LOCALE

Comment cela agit-il ?

Pour les uns, action bactériostatique de la poudre sulfamidée. L'emploi local des sulfamides ne peut pas prétendre à créer et entretenir des concentrations sanguines efficaces. Il a été fait des dosages dans l'urine. Rarement on a trouvé plus de trois à quatre milligrammes pour cent et seulement dans les deux premières émissions d'urine post-opératoires. La concentration dans les urines varie avec la diurèse. Elle est augmentée si on respecte l'oligurie post-opératoire et elle peut être diminuée si la réhydratation massive entraîne une polyurie relative. Cette action locale peut être considérée de courte durée : deux, trois ou quatre jours. Elle est suffisante pour écarter les graves complications infectieuses post-opératoires.

Pour d'autres auteurs, il s'agit d'une thérapeutique massive et courte grâce à la facilité d'absorption du péritoine. L'utilisation locale du produit pulvérulent donne une élimination maxima à la dix-huitième heure, durant environ soixante heures. (Jenshen et

Nelson). La voie parentérale est donc recommandée pour agir vite tandis que la voie buccale est réservée pour les doses d'entretien.

L'accord semble se faire sur l'efficacité du traitement sans que l'on puisse encore préciser le mode d'action.

V. — DOIT-ON ASSOCIER UN THERAPEUTIQUE PAR VOIE BUCCALE ?

Il semble que oui dans tous les cas d'infection sérieuse et si la température persiste les jours suivants. Les accidents infectieux peuvent reprendre, la forte dose de sulfamide pulvérisée dans le bassin étant résorbée (la teneur du sang étant tombée).

Legroux a fait l'expérience sur des lapins et il en a déduit ceci : « Dès le moment où le taux s'abaisse au-dessous de un milligramme on peut affirmer que l'animal mourra de streptococcie dans les 48 heures suivantes » et c'est en administrant une nouvelle dose de sulfamide localement ou par voie buccale un jour et demi avant la date probable de la mort qu'il a pu obtenir la survie de ses lapins ou de ses cobayes.

Ceci montre qu'il ne faut pas s'en tenir à la dose initiale appliquée localement, il faut en prolonger l'action par la voie buccale et aussi longtemps que cela semble nécessaire. La quantité prise est donc variable, Lenormand cite une malade qui a pris 50 gr. *Septoplîx* en 12 jours après l'intervention et application intrapéritonéale de sulfamide.

VI. — ACCIDENTS DE LA SULFAMIDOTHERAPIE

On peut dire avec RAVINA que la « Toxicité des colorants amino-azoïque et du benzyl-sulfamide apparaît être très faible et que les critiques faites aux paraminophényl-sulfamide ne paraissent guère s'étendre à ces corps ». Il ne faut cependant pas les employer sans discernement et ne les employer que pour des raisons sérieuses.

Dans certains cas, le rôle du terrain peut être modéré, dans d'autres les incidents semblent dépendre d'un état antérieur de l'organisme.

Ces incidents sont variables et dépendent de la dose. Ce sont :

De la *céphalée* surtout frontale et de l'asthénie surtout plus intenses à la fin de la soirée ; elles cessent après la suppression du médicament.

Gastralgie pouvant s'accompagner de vomissements.

Cyanose violette qui prédomine aux lèvres, aux ongles et même parfois aux conjonctives, aux jambes. Parfois elle est impressionnante mais peu grave. Elle disparaît avec la suspension du traitement.

Polynévrites : L'atteinte des membres supérieurs est exceptionnelle, caractère presque purement mo-

teur de la polynévrite, elle disparaît avec la vitamine B.

Dans les incidents précédemment décrits, le rôle de l'organisme n'est pas négligeable, les troubles digestifs apparaissent plus fréquemment chez les malades ayant des antécédents digestifs, les polynévrites chez les carencés.

Ces incidents peuvent revêtir des caractères un peu différents avec le terrain. Ex. : Céphalée avec insomnie ou au contraire somnolence.

Erythèmes médicamenteux. — Ils apparaissent du 8^e au 11^e jour d'où le nom fréquemment donné d'érythème du 9^e jour. (Cependant la date d'apparition peut être variable). Il semble plus fréquent chez les sympathicotoniques. Ils prédominent aux endroits découverts. Ce serait des accidents de photosensibilisation.

Il existe plusieurs types d'érythèmes :

Erythèmes morbiliformes du 9^e jour. Quelquefois apparaît un petit mouvement fébril, il cesse au bout de deux jours mais il peut y avoir plusieurs poussées.

Erythèmes scarlatiformes pourraient même desquamer.

Erythèmes urticariens souvent prurigineux.

Erythèmes bulleux.

Erythèmes hémorragiques.

A côté de l'exanthème on observe parfois un énanthème (bouche, vulve...).

Enfin, il peut y avoir des réactions eczématiformes.

Sauf en cas de réactions purpuriques ou eczématiformes, ces érythèmes n'obligent pas la suspension du

traitement mais simplement une surveillance plus attentive du malade.

Troubles sanguins. — Le traitement sulfamidé peut donner de *l'anémie et des phénomènes hémolytiques*.

Les malades sont pâles et fatigués. Il s'agit d'une simple anémie banale et vite guérie.

L'anémie hémolytique beaucoup plus grave doit faire arrêter le traitement, elle est annoncée par une hémoglobinurie et un subictère. Elle peut nécessiter une transfusion.

Hémophilo-hémogénie. — Certains malades présentent des phénomènes hémorragiques plus ou moins discrets (moéléna, épistaxis, ecchymose). Le temps de saignement est allongé mais les troubles ne sont pas bien graves.

Agranulocytose. — Il est certain que la sulfamidothérapie peut retentir plus ou moins directement sur les globules blancs ; la possibilité de la leucopénie a été signalée par bien des auteurs. Il y aurait eu quelques cas d'agranulocytose mortelle. « Il est frappant de constater à l'origine de presque tous les cas d'agranulocytose discrets une association médicamenteuse. » Il faut éviter d'administrer en même temps l'arsenic, les barbituriques.

Certains incidents paraissent rattachables au traitement, d'autres pourraient être discutés.

On a observé des *ictères* ou subictères avec urobilinurie.

Acidose. — Il a été signalé deux cas d'acidose par intoxication sulfamidée. On peut conseiller l'alcali-

nisation par le bicarbonate de soude en même temps que le traitement.

On a observé également les *troubles urinaires*. Il ne faut pas donner de sulfamides à des malades oliguriques et il faut toujours surveiller la diurèse.

On a remarqué également des phénomènes neuro-végétatifs divers, des crises nitritoïdes, des troubles anaphylactiques. Ces accidents rappelant ceux des corps arsenicaux.

Nous concluerons que les accidents attribués à la sulfamidothérapie sont rares et les accidents graves exceptionnels.

Mais en a-t-on observé dans la thérapeutique locale ?

Dans une communication : « la sulfamidothérapie intrapéritonéale est-elle toujours sans danger ? » Yves BOURDE, DUNAN et Jean LAMY (Marseille) citent le cas d'une femme présentant des accidents d'anurie durant cinq jours à la suite d'un saupoudrage péritonéal associé à la sulfamidothérapie générale. Le traitement sulfamidé dut être interrompu, l'anurie ne cessa qu'à partir du 7^e jour post-opératoire sous l'influence du sérum glucosé hypertonique.

Dans l'ensemble, pas d'accident, car si la concentration initiale est grande elle est courte. La rapidité d'élimination expliquerait peut-être pour une large part la tolérance considérable des malades.

Nous insistons sur le fait qu'aucune de nos malades n'a présenté le moindre accident sérieux.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — Madame M..., II^e pare, 22 ans.

1^{er} enfant en 1939, accouchement prématuré au terme de huit mois, enfant décédé à quatre mois de gastro-entérite.

Dernières règles 20 septembre.

Grossesse normale sans incident.

Rupture de la poche des eaux le 8 mai à 23 heures sans douleur.

Le médecin traitant constatant une présentation céphalique haute et mobile et craignant une dystocie fait appeler un consultant le 9 mai à 20 heures.

A l'examen : hauteur utérine 31 cm. tête en bas mobile mais bien centrée sur le dos. Dos à gauche, bruits du cœur excellents ; aucune contraction.

Au toucher aucune dilatation et écoulement abondant du liquide amniotique.

On conseille de déclencher le travail en donnant deux cachets de 0 gr. 50 de quinine, une purgation à l'eau-de-vie allemande et un lavement salé hypertonique. Le médecin traitant fait de nouveau appel au consultant le 14 mai à 13 heures. La malade en effet n'a présenté que quelques très rares et très faibles contractions (4 ou 5 par jour dit-elle).

A l'examen aucun retentissement sur l'état général. température normale, pouls : 80.

Le fœtus est placé en transverse, dorso-antérieur non réductible par manœuvre externe. Bruits du cœur excellents. Le liquide amniotique qui s'écoule hors de l'abdomen est très clair, il n'y a pas de dilatation. Le col seulement effacé est perméable.

On conseille vu le temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux la pose d'un ballon de Champetiers mais la malade voulant à tout prix un enfant vivant on se résoud à pratiquer une césarienne basse conservatrice malgré les conditions défavorables d'une poche des eaux rompues depuis cinq jours, en considérant en outre deux éléments favorables : l'absence de température, l'aspect clair du liquide amniotique, l'absence de dilatation.

Césarienne basse. Extraction d'un garçon pesant 2.620 gr. Criant à la naissance. Après suture de l'utérus et péritonisation, on place sur la face antérieure de l'utérus un Michulicz et latéralement une mèche de chaque côté. Dans le sac et sur les mèches on place 30 gr. de sulfamine en poudre.

— Parois, surjet péritonéal.

— Catgut points séparés sur les droits.

— Crins et agraffes.

Suites apyrétiques, les mèches sont retirées du sac le septième jour, les mèches latérales et le sac le 8^e et le 12^e jour. Derrière le fond du sac vient un écoulement puriforme assez abondant (une centaine de centimètres cubes).

La plaie se ferme rapidement et la malade sort guérie le 23^e jour.

OBS. 2. — Le 13 décembre, le docteur LAURET est appelé en consultation pour voir une malade primipare de 17 ans 1/2 en travail depuis cinq jours pleins avec de fortes contractions. Depuis deux jours déjà, la malade présente de la température et celle-ci s'est élevée progressivement le quatrième jour à 38°5 et le cinquième, après un frisson, à 40°2, pouls à 120.

La malade a le faciès congestif et tiré, les lèvres sèches, la langue fuligineuse, la température est à 40°, le pouls à 140.

Hauteur utérine 34 cm., utérus tendu se relâchant mal, avec des contractions presque subintrantes. Tête en O. I. G. A. engagée profondément, bruits du cœur bons. Au toucher, col effacé, dilatation de 1 franc, le col apparaît comme un anneau rigide, dur, fibreux. Le toucher provoque l'écoulement d'un peu de liquide amniotique, trouble avec bulles de gaz et très fétide.

En serrant l'interrogatoire, on apprend difficilement qu'elle a contracté une blennorragie avant son mariage et a été traitée au Filhos (6 applications) il y a deux ans.

La dystocie cervicale semblant infranchissable, on conseille la césarienne suivie d'hystérectomie. La malade refuse, ainsi que la famille, une intervention mutilatrice et malgré les risques demande une intervention conservatrice.

Césarienne basse après préservation rigoureuse de la cavité péritonéale ; extraction d'une fille vivante pesant 3 kg. 150. Suture utérine, points séparés, catgut. Péritonisation vessie en avant, large drainage

par un Michulicz antérieur et deux mèches latérales dans le Douglas, 40 gr. de poudre sulfamide.

Fermeture en un plan au crin double.

Le lendemain température à 40°. Frissons répétés.

Le deuxième jour température persistante, gros météorisme abdominal, pas de gaz.

Le troisième jour la température atteint 41° avec frissons, aucun gaz, ventre très ballonné. Lavement. Prostigmine. Surparine. Lavement hypertonique, 10 comprimés de sulfamide.

Le lendemain quelques gaz, la température descend à 39°, le faciès est meilleur, on commence le sérum sous-cutané et on continue la thérapeutique de la veille.

Amélioration progressive jusqu'au 10^e jour. La température se stabilisant aux environs de 38°5. Le 14^e jour on retire le Michulicz et les mèches latérales ; issue d'une quantité importante de pus et dès le surlendemain apyrexie. La malade sort guérie un mois après l'opération.

Elle avait reçu 40 gr. de sulfamide intrapéritonéal et 35 gr. per os.

OBS. 3. — Madame B..., 1^{re} pare, 19 ans.

Après douze heures de travail, dilatation complète et rupture de la poche des eaux ; tentative de forceps au détroit supérieur par le médecin de ville. Echec de la tentative. Quatre heures après, la malade est amenée à l'hospice. La tête est haute, non engagée ;

encore mobile, le promontoire accessible à 10 cm. 2. La première pièce sacrée est redressée, bruits du cœur excellents. On décide malgré l'intervention intra-utérine déjà tentée, de faire une césarienne.

Césarienne basse. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.540 gr. Délivrance huit cents grammes. Suture utérine au catgut, péritonisation. Un drain dans le Douglas. Michulicz antérieur avec trente grammes de poudre sulfamidée.

Suite fébrile pendant neuf jours sans que l'état soit inquiétant. Guérison.

OBS. 4. — Mme P..., Primipare, 22 ans.

Elle est amenée par son médecin à la clinique après trente deux heures de travail pour non engagement de la tête. La poche des eaux est rompue depuis le début du travail. Il y a eu quatre touchers vaginaux depuis le début du travail.

A l'examen : température 37°2, pouls 90, femme fatiguée, hauteur utérine 36 cm, tête non engagée en transverse.

Au toucher : promontoire accessible à 10 cm. 2, haut situé, bonne excavation sacrée, bassin aplati. Tête non engagée. Dilatation d'une petite paume. Bruits du cœur excellents.

L'absence d'engagement de la tête qui déborde au palper mensurateur fait décider l'intervention.

Césarienne basse avec péritonisation, procédé de SHIKELÉ, drainage Michulicz.

Trente grammes de poudre de sulfamide.

Enfant vivant pesant quatre kilos quatre cent quatre vingts.

Suites apyrétiques.

OBS. 5. — Madame D..., 42 ans, III^e pare.

Elle est amenée à la clinique le 10 février 1941 pour application de forceps après un travail de quatre jours.

Elle a déjà deux enfants de 17 et 16 ans actuellement bien portants ; les accouchements ont été faciles, les suites simples.

Après une grossesse pénible à partir du sixième mois avec des crises douloureuses abdominales et des troubles urinaires, elle arrive à terme au milieu de février.

Le travail se déclanche le 7 février au matin et se poursuit avec de fortes douleurs ; il est alors surveillé par une matrone. Le 9 au soir on fait venir le médecin qui croit trouver une dilatation complète et une tête engagée, il fait quatre applications de forceps sans résultat, le forceps dérapant dès les premières tractions. Il fait transporter la malade à la clinique le 10 à deux heures du matin.

On constate que la malade obèse (110 kilos avant la grossesse) présente une température élevée près de 40°, avec un faciès très altéré. Le liquide amniotique qui suinte présente une odeur extrêmement fétide. La malade a eu des frissons, dit-elle, depuis la veille.

Le palper est rendu impossible par l'épaisseur de la paroi, au toucher on trouve un gros fibrome du segment inférieur qui occupe tout le vagin. Le col refoulé en haut et à droite ne présente aucune dilatation.

On pratique une césarienne suivie d'hystérectomie et de large drainage abdominal (Michulicz) et vaginal (mèches) 40 gr. de sulfamide intrapéritonéal.

Suites fébriles pendant quatre jours puis suites normales. La malade sort guérie mais conserve une petite éventration.

OBS. 6. — Madame V., primipare, 30 ans.

A terme, tête engagée en O. I. G. A., entre dans le service le dimanche matin pour rupture de la poche des eaux sans douleur à trois heures. Le liquide amniotique est teinté. On donne un lavement salé, trois cachets de quinine puis on fait de demi heure en demi heure quatre injections de deux unités de post-hypophyse. Aucune contraction.

Dimanche soir, à 23 heures, température 38°2, liquide amniotique trouble.

Lundi matin température à 38°8, pouls 110, liquide amniotique trouble et légèrement fétide. Aucune contraction, aucune dilatation. On place deux laminoirs n° 12, puis 6 heures après, un ballon de Champetier de 100 cm³. Le soir aucune contraction. La dilatation atteint à peine un franc, température 39°, le liquide amniotique devient purulent et putride avec de nombreuses bulles de gaz.

A l'examen, le fonds de l'utérus devient tympanique, bruits du cœur nuls.

On décide d'intervenir et on fait une hystérectomie en bloc. Michulicz. 40 gr. de poudre sulfamidée.

Traitement d'entretien 20 cm³ par jour de soluseptazine.

Le 6^e jour, température à 38° avec cyanose, arrêt de la sulfamidothérapie. Suites normales.

OBS. 7. — Madamé M..., 4^e pare, 38 ans.

Malade amenée dans le service pour présentation de l'épaule et procidence du cordon. Poche des eaux rompue depuis 36 heures. Enfant mort. Femme pâle et schockée (il y a eu tentative de version 4 heures avant en ville). On constate une présentation transverse et dans la fosse iliaque gauche une masse volumineuse grosse comme une grosse tête fœtale, molle, douloureuse qui fait penser à un fibrome. Au toucher manuel on constate qu'il existe une déchirure du segment inférieur à gauche et l'on pose le diagnostic de rupture utérine avec hématome de la base du ligament large.

Intervention : le ventre est plein de sang, il y a une large déchirure latérale gauche et un volumineux hématome de la base du ligament large. Hystérectomie très rapide, sans péritonisation, Michulicz, 40 gr. de poudre sulfamidée (Michulicz très serré pour faire l'hémostase car le pédicule difficile à trouver n'a pas été recherché vu l'état de la malade).

Parois : un plan aux crins doubles.

Suites fébriles. Soluseptazine 10 cm³ pendant trois jours.

Grosse phlébite gauche le 16^e jour. Guérison en deux mois et demi.

Obs. 8. — Madame R..., 22 ans, primipare.

Accouchement spontané, sans manœuvre ni examen en 9 heures. (Poche des eaux rompues spontanément 9 heures avant l'accouchement : garçon 3.360 gr., délivrance spontanée complète 690 gr.).

Le lendemain de l'accouchement, clocher thermique à 39°, pouls 80. On trouve seulement une douleur légère dans la fosse lombaire droite et des phénomènes cystalgiques. On pense à une poussée de pyélonéphrite et on met la malade au Mandélium.

Apyrexie jusqu'au 5^e jour puis frisson très intense, température à 39°9, pouls à 140. Vomissements et débâcle diarrhéique. En même temps que douleurs abdominales violentes et à l'examen une contracture basse de l'abdomen qui fait décider de l'intervention.

Pus dans la cavité péritonéale (environ 250 cm³).

Les trompes sont congestionnées, suintantes, pas de lésion utérine. On fait un nettoyage, on place un Michulicz avec 30 gr. de poudre de sulfamide. Chute de la température et amélioration très nette (disparition des vomissements, bon faciès, expulsion de gaz) puis reprise de la température, faciès infecté, température oscillante et après grosse hyperthermie à 40°6 décès le 5^e jour après l'intervention.

OBS. 9. — Mme G., II^e pare, 35 ans.

Engagement en O. I. G. A. Rupture de la poche des eaux à la 17^e heure. Dilatation complète à 21 h. 30 après 1 heure 1/2 d'efforts expulsifs, forceps à la vulve. Délivrance artificielle : 460 gr.

Suites normales jusqu'au troisième jour au soir. La malade fait alors un frisson léger, la température monte à 39° puis le lendemain à 40°. Le pouls est à 126. La malade a un bon faciès, pas de douleurs abdominales, pas de vomissement, elle est seulement très ballonnée ; elle n'a pas eu de selle depuis son accouchement mais les gaz passent à peu près normalement.

Deux lavements évacuateurs, selles abondantes, chute de la température à 37°, pouls 96. Puis réascension de la température sans frissons, vomissements le 25 au soir en même temps que diarrhée très abondante. Le 26 au matin, malade très abattue, faciès pincé, gros ballonnement abdominal ; ni douleur, ni contracture au palper, au toucher sensibilité du cul de sac postérieur, diagnostic : péritonite puerpérale.

Intervention : pus louche très liquide et très fétide.

Michulicz, 30 gr. de sulfamide en poudre.

Décès le soir même de l'intervention.

OBS. 10. — Madame P..., primipare, 22 ans.

Bacillaire floride (pneumothorax ancien de 6 ans entretenu pendant quatre ans). La malade entre dans le service pour accoucher le 20 février 1942.

Présentation engagée, poche des eaux intacte.

On décide sur la constatation d'une petite lésion pulmonaire et vu ses antécédents de lui faire un forceps à la vulve pour éviter les efforts d'expulsion. Durée du travail 9 h. 30. Rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation complète. Forceps facile : fille vivante pesant 3 kg. 120 gr., délivrance artificielle pesant 670 gr. Sulfamide per os, dès le lendemain : dix comprimés les deux premiers jours, huit comprimés les troisième et quatrième jours.

Apyrexie complète, pouls 80. Le quatrième jour, frisson avec température à 40°, pouls à 110, malade fatiguée, aucune localisation. On redonne dix comprimés de sulfamide, le lendemain et le surlendemain. La température redescend à 39°, le pouls à 80, la malade est encore fatiguée, il n'y a aucune localisation à l'examen. On diminue les sulfamides : 6 puis 4 comprimés (total 46 comprimés).

Le 27, gros frisson, malaise général intense, température à 40°, pouls à 112, hémoculture négative. Très rapidement l'état s'aggrave, vomissements, diarrhée, ballonnement abdominal, prostration et à l'examen une défense. Au palper, une sensibilité des culs de sac qui sont vides, fait poser le diagnostic de péritonite puerpérale et décider de l'intervention.

Médiane sous-ombilicale. On trouve du pus fétide dans la cavité péritonéale, environ un litre ; la trompe gauche à peine augmentée de volume, est œdématisée rouge. On fait une salpingectomie. On fait une aspiration du pus et on place un Michulicz avec 40 gr. de sulfamide en poudre.

Suites excellentes, défervescence progressive en cinq jours. La malade sort guérie 31 jours après l'intervention.

CONCLUSIONS

De nos observations précédentes nous pouvons faire les remarques suivantes :

1°) Aucun accident malgré les doses élevées : 30 à 40 gr. intrapéritonéales (seulement cyanose et hyperthermie le 6^e jour chez une de nos malades Mme V...).

2°) Des opérations conservatrices ont pu dans les circonstances exceptionnelles être tentées et réussies (observation n° 1 et 2).

3°) Il semble surtout que grâce à la thérapeutique sulfamidée intrapéritonéale on puisse améliorer le pronostic des césariennes tardives, des mauvais cas, et se montrer plus conservateur sans pour cela nier le danger que constitue la conservation de l'utérus dans les cas avec infection.

4°) Des opérations césariennes très tardives avec manœuvres intra-utérines ou infection utérine, suivies d'hystérectomie, ont eu des suites très favorables grâce, semble-t-il, à cette thérapeutique.

5°) Sur trois péritonites puerpérales, une a guéri qui a reçu outre la thérapeutique locale une dose très importante de sulfamide. Dans cette affection particulièrement redoutable cette thérapeutique semble devoir s'imposer.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
PORTES.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

ANSELM. — L'infection puerpérale. *Deut. med. Wochen.*, 15 février 1935.

COLEBROCK et KENNY. — Traitement de l'infection puerpérale chez la femme et des infections expérimentales de la souris par le prontosil. *Lancet*, 6 juin 1936.

LOTHAR LEY. — Le traitement de la fièvre puerpérale par le prontosil. *Münch. Medez. Woch.*, 3-7-36.

RAVINA. — L'obstétrique en 1936. Prévention de l'infection puerpérale. *Paris Médical*, 19 décembre 1936.

FOULLIS (M. A.) et BARR (J. A.). — Le prontosil album dans la fièvre puerpérale. *Brit. med. J.*, 27 février 1937.

WILLIAMS (B.). — Prontosil en obstétrique. *Lancet*, 11 juillet 1937.

COLEBROCK (L.). — Traitement prophylactique en obstétrique par le prontosil et le sulfanilamide. *Lancet*, 31 juillet 1937.

GIBBERD (G. F.). — Le prontosil dans les infections puerpérales. *Brit. med. J.*, 31 juillet 1937.

WILLIAMS (B.). — Traitement prophylactique en obstétrique au moyen de sulfanilamide et du prontosil. *Lancet*, 7 août 1937.

GIBBERD. — Le prontosil et les substances voisines dans le traitement des infections puerpérales par streptocoque hémolytique. *The British Medical Journal*, n° 4005, 9 oct. 1937, p. 695.

VORON, PIGEAUD et BURTHIAULT. — Essai de prophylaxie des infections puerpérales à l'aide de « Benzyl-amino-benzène-sulfamide ». *Sté d'Obstétrique et de gynécol. de Lyon*, 8 novembre 1937.

COLEBROCK (L.) et PURDIE (A. W.). — Traitement de 106 cas de fièvre puerpérale par le sulfanilamide (streptocide). *Lancet*, 233, 1937, 27 nov. et 4 déc.

WALLISCHECK (C.). — Expériences du sulfanilamide en obstétrique et en gynécologie. *Zen fur Gynakol.*, 11 décembre 1937.

PIGEAUD (H.) et BERTHIAULT (R.). — Essai de prophylaxie des infections puerpérales « post partum » à l'aide d'un médicament à action anti-streptococcique (bz-amino-bz-sulfamide). *Lyon-Médical*, 26 décembre 1937, 691.

DELALANDE (M.). — Angines et infections puerpérales dans une maternité. *Bull. Sté d'Obstétrique et de gynécologie*, décembre 1937.

LÉON (J.) et FERRARI (R.). — Prophylaxie de l'infection puerpérale au moyen de dérivés de sulfamide. *Rev. Sud. Amer. Endocrin. Emmunol. Quimiother.*, 1937.

DIGONNET et LAMOTTE. — Un cas d'infection puerpérale grave traitée par l'association de para-amino-phé-

nyl-sulfamido et de quinine. *Sté d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 11 janvier 1938.

KENNY (M.). — Le sulfanilamide en obstétrique. *London assoc. Med. Women's Feder*, 27 janvier 1938.

LABIGNETTE (P.). — Aperçu sur les infections puerpérales. *Concours médical*, 16 février 1938.

JOHNSTONE (R. W.). — Prophylaxie obstétricale par les dérivés du sulfonamide. *Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1938.

PICOT (M.). — Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale. Essai de chimiothérapie préventive. *Thèse Paris*, 22 mars 1938.

Mac LANGHLIN. — Le sulphonamide dans la prophylaxie obstétricale. *Brit. Med. Journ.*, 2 avril 1932.

KRESIS (J.). — Résultats du traitement de l'infection puerpérale au Novarsénobenzol. *Sté de Méd. Strasbourg et du Bas-Rhin*, 25 mai 1938.

MORIN (P.) et ROUCHY (R.). — La chimiothérapie dans les affections streptococciques obstétricales. *Le Journal médical français*, mai 1938.

BROWN (D. B.). — Traitement de la fièvre puerpérale par le Prontosil et les dérivés voisins. *J. Obstr. et Gyn. of Brit. Emp. Manchester*.

HAYES (S. N.) et SAMI (A.). — Recherches cliniques sur la valeur de la Proseptazine comme prophylactique dans l'infection puerpérale. *Indian méd. Gazette*, juin 1938.

LAMBILLON (J.) et LEJEUNE (A.). — L'action des dérivés sulfamidés dans les infections post-partum et du

post-abortum. *Sté Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, Séance du 2 juill. 1938.

XX... — Thérapeutique obstétricale. La chimiothérapie prophylactique dans les infections puerpérales. *Jour. Med. F.*, mai 1938.

BALARD (P.). — La prophylaxie de l'infection puerpérale. *Le Concours Médical*, 3 juillet et 10 juillet 1938.

DELMAS (P.). et CADERAS DE KERLEAU (J.). — Essais de prophylaxie des infections puerpérales par les composés sulfamidés. *Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier*, Séance du 6 juillet 1938.

GRANIER (G.). — Contribution à l'étude de la prophylaxie des infections puerpérales par les composés sulfamidés. *Thèse Montpellier*, 11 juillet 1938.

POLASEK. — Le « Supron » dans le traitement de la fièvre puerpérale. *Caposis Lekars Ceskych*, n° 28, p. 860, 15 juill. 1938.

STARKIE (J.) et WISHART (G. N. M.). — Septicémie à streptocoques anaérobie d'origine puerpérale due également aux staphylocoques. Guérison. *Brit. Med. Journ.*, 23 juill. 1938.

KREIS. — Résultats du traitement de l'infection puerpérale au novarsénobenzol. *Strasbourg Médical*, 8 août 1938.

MERLIN (L.). — A propos de la septazine. Thérapeutique des infections en obstétrique et en gynécologie. *Schweiz. med. Wschr.*, 68, 1080-1082, 17 sept. 1938.

PICOT (G.). — Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale. *Le Bulletin Médical*, 3 décembre 1938.

- BONAFOS. — Le traitement de l'infection puerpérale par les dérivés sulfamidiques. *Sté d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, 9 déc. 1938.
- NANSY. — Les dérivés de para-amino-phényl-sulfamido dans la gynécologie et l'obstétrique. *Orvosi Hetilap*, p. 1235, 17 déc. 1938.
- LAMBILLON (J.) et LEJEUNE (A.). — L'action des dérivés sulfamidés dans les infections du post-partum. et du post-abortion. *Bruxelles-Médical*, 25 décembre 1938.
- COLEBROCK (L.). — La lutte contre la fièvre puerpérale. *Brit. Med. Journ.*, 31 décembre 1938.
- BUNT (H. B.). — Le prontosil dans la septicémie puerpérale. *Journ. Christ. Med. ass. India Birma and Ceylan*, n° 5, 1938.
- SZPER KAMINSKA (N.). — Prévention et traitement de l'infection puerpérale. *Gynécol. Poloka*, 1938.
- HOARE (E. D.) et CAMB (M. B.). — Prophylaxie avec le sulfanilamido et le 693. *Lancet*, 1, 14 janvier 1939.
- LIGHTWOOD (R.). — Prophylaxie par le sulfanilamide. *Lancet*, 21 janv. 1939.
- HOARE (E. D.). — Prophylaxie avec le sulfanilamide. *Letters to the Editor Lancet*, 1-28 janvier 1939.
- ROBERSTON. — Sulfanilamide. Rapport d'un cas de septicémie puerpérale traitée par le sulfanilamide. *Virginia Med. Monthly*, 66, janvier 1939.
- BORDES-SUE. — Considération sur la prophylaxie et le traitement de l'infection puerpérale par les dérivés sulfamidés incolores. *Thèse Paris*, 22 février 1939.

XX... — Chimio prophylaxie, in *annotations Lancet*, 1, février 1939.

DINCHACK (S.). — Sulfanilamide dans la prophylaxie de l'infection puerpérale. *J. A. M. A.*, 112, 4 mars 1939.

DIGONNET (L.). — Hémorragie secondaire du post-partum (forme métrorragique de l'infection puerpérale) traitée par l'hystérectomie et la méthode chimiothérapique, mort le 40^e jour des suites de couches. *Soc. de Gynéc. et d'Obstétr. de Paris*, 6 mars 1939.

SUZOR (R.). — Septicémie puerpérale grave traitée par la perfusion sanguine, guérison. *Sté de Gynécologie et d'Obst. de Paris*, 6-3-39.

COURTOIS (J.) et GIRAUD (P.). — Considération et résultats de l'application systématique de la chimiothérapie au Centre obstétrique de St-Germain-en-Laye. *Journal des Praticiens*, 11 mars 1939.

POHL (A.). — Valeur prophylactique du Prontosil dans le décollement manuel du placenta. *Mediz. Klinik.*, 35, 17 mars 1939.

HANLEY (B. J.) et GOLENTERNEK (D.). — Emploi du sulfanilamide dans les infections puerpérales et post-abortives. *Western. j. Surg. Obst. Gynéc.*, 47, 107-168, mars 1939.

WATKINS (R. E.) et BLACHTFORD (R. C.). — Prontylin et Prontosil. Leur emploi dans les complications infectieuses de l'accouchement. *Northwest med.*, 38, mars 1939.

JOHNSTONE (R. W.). — Sulfanilamide en pratique obstétricale. *Brit. Med. Journ.*, 1^{er} avril 1939.

DIGONNET (L.), BORDES-SUE (W.). — Essais de prophylaxie et de traitement de l'infection puerpérale par la méthode chimiothérapique. (Dérivés sulfamidés incolores). *La Semaine des Hôpitaux*, 15-4-39.

LE LORIER (V.). — Mon expérience de la sulfamidothérapie préventive à la Maternité de Port-Royal. *Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1939.

BELKAHLA (Messaoud). — Contribution à l'étude de l'emploi du para-amino-phényl sulfamide dans le traitement de l'infection puerpérale. *Thèse Alger*, avril-mai 1939.

MULLER. — Traitement des infections bactériennes en obstétrique par le Prontosil. *Deut. Med. Woch.*, 65, 16 juin 1939.

CHATENAY. — Phlébite post-puerpérale et thérapeutique des infections. *Sté des Chirurgiens de Paris*, 7 juillet 1939.

VERROUST. — La sulfamidothérapie par voie rectale en médecine infantile et en obstétrique. *Thèse Médecine Paris*, 7 juill. 1939.

MORRIS (T. J.). — Rapport préliminaire sur l'emploi du sulfanilamide dans les infections du post partum et abortum. *Amer. J. Obst. et Gynéc.*, juillet 1939.

CHANDLER (C. M.) et JANEWAY (L. A.). — Traitement des infections à streptocoque hémolytique durant la grossesse et la puerpéralité par la sulfanilamide et l'erumuno-mariofusua. *Amer. J. Obs. et Gyn.*

NANDI (G.). — Traitement des fièvres puerpérales par l'urée-sulphazide. Rapport préliminaire. *Calcutta Med. J.*, XXXVI, septembre 1939.

DEST VICTOR. — Quelques cas de septicémies puerpérales traitées par les sulfamides. *Laval Méd.*, sept. 1939.

WATERS (E. G.). — Traitement de l'infection du post-partum et du post-abortum avec des considérations spéciales sur le sulfanilamide et les produits voisins. *Bull. New-York Acad. Méd.*, sept. 1939.

LE LORIER (V.). — Un an de sulfamidothérapie préventive à la maternité de Port-Royal. *Liège Médical*, 15 octobre 1939.

SIBEK. — Notre expérience sur le traitement de la fièvre puerpérale par le nouveau produit « Renister » et « C. Renister ». *Casopis Lekaru Ceskysch*, 68, n° 43, 27 octobre 1939.

BELTO (Q.). — L'emploi préventif des sulfamides après les accouchements. *La clinica Obstetrica y Gynécologica*, oct. 1939.

GORDON (C. A.) et ROSENTHAL (A. H.). — Sulfamidothérapie dans l'infection puerpérale sévère. *Surgery Gyn. Obs.*, novembre 1939.

de ST VICTOR. — Quelques cas de septicémies puerpérales traitées par les sulfamides. *Laval Médical*, novembre 1939.

OUDOT. — Acquisitions récentes dans la thérapeutique et la prophylaxie de l'infection puerpérale. Les dérivés organiques soufrés. *Thèse Médecine Paris*, 1939.

OUDOT. — Acquisitions récentes dans la thérapeutique et la prophylaxie de l'infection puerpérale. *Thèse de Paris*, 8, 11 janv. 1940.

- RAUL BRIQUET. — Aspect du traitement moderne de l'infection puerpérale. *An. Brasileiros de Ginecologia*, janvier 1940.
- ROSENTHAL (A. H.) et STONE (F. M.). — Infection puerpérale avec endocardite végétante. Relation de la sulfamidothérapie dans 2 cas mortels dus au streptocoque hémolytique des groupes B. et C. *J. A. M. A.*, 9 mars 1940.
- LE LORIER. — Un an de sulfamidothérapie préventive à la maternité de Port-Royal. *Sté de Médecine de Paris*, Séance du 27 avril 1940.
- GUENIOT. — Résultats obtenus dans une maternité par l'emploi préventif des sulfamides après les accouchements. *Académie de Médecine*, 12 novembre 1940.
- FABRE (P.) et LHUEZ (A.). — A propos du dagénan dans les infections puerpérales. *Sté de Chir. de Toulouse*, 13 décembre 1940. *Toulouse Médical*, n° 4, 1^{er} et 15 avril 1941.
- DOUGLAS (R. G.). — Chimiothérapie dans l'obstétrique et la gynécologie. *Amer. J. Obst. Gynécol.*, 39, 275, 1940.
- GORDON (Ch.) et ROSENTHAL (A. H.). — Emploi du sulfamide en gynécologie et en obstétrique. *Amer. J. Obst. Gynécol.*, 40, 211, 1940.
- LOENNECKEN (W.). — Traitement par les préparations sulfamidées dans la clinique gynécologique de Bergen. *Nordisk Med.*, 6, 963, 1940.
- PERNOT. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des péritonites puerpérales. *Thèse de Bordeaux*, 1940.

LE LORIER. — Infection puerpérale et sérum sulfamidé.
Sté de Méd. de Paris, Séance du 22 février 1941.

JANBON (M.), CHAPTAL (J.) et BOSCH (R.). — Staphylococcémie puerpérale. Guérison par sulfamidothérapie (sulfamidopyridine) associée aux transfusions sanguines. (*Sté des Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 28 février 1941.

NEUMANN. — Chimiothérapie de la fièvre puerpérale.
Wiener Klin. Woch., 54, n° 13, 28 mars 1940.

COURTOIS (J.) et GIRAUD (P.). — Chimiothérapie des infections obstétricales. *Journal des Praticiens*, 29 mars 1941.

ANDERODIAS, LIARD et FAUGÈRE (G.). — Hémorragie des suites de couches par rétention placentaire. Curage digital. Infection mortelle consécutive. *Sté d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 27 mai 1941 ; *J. de Méd. Bord.*, n° 27, 30 décembre 1941.

MAHON (R.). — Césarienne conservatrice dans un cas d'infection amniotique sévère ; sulfamidothérapie locale, suites apyrétiques. *Sté d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 17 juin 1941 ; *J. de Méd. Bord.*, n° 1, 15 janvier 1942.

SUZOR, LACOMME et LANTIREJOUL. — A propos de la sulfamidothérapie. *Sté de Gyn. et d'Obstr. de Paris*, 7 juillet 1941, *Bulletin* n°s 9-10.

LENORMANT (Ch.). — Septicémie post-abortionum traitée par l'hystérectomie associée à la sulfamidothérapie. *Presse Médicale*, n°s 53-54, 18-21 juin 1941.

FIGARELLA (J.). — La place de la sulfamidothérapie en gynécologie. *Marseille Médical*, n° 13, 1^{er} octobre 1941.

- COURTOIS (J.). — Tumeurs et grossesse. *Journal des Praticiens*, 18 octobre 1941.
- MARCEL (J. E.). — La sulfamidothérapie en gynécologie. *Sté Fœ de Gynécologie*, Séance du 6 octobre 1941.
- COURTOIS et PHILIPPE. — Acquisitions nouvelles en obstétrique à l'usage des praticiens. *Bulletin médical*, n° 45, 8 nov. 1941.
- HERNUSS (K.). — Sur l'emploi d'un dérivé de sulfamide dans les infections puerpérales. *Münch Med. Woch.*, 1941, 88, 20.
- PHILIPP (E.). — La chimiothérapie sulfamidée dans l'obstétrique et la gynécologie. *D. M. W.*, 67, 974-978, 1941.
- WINZELER (H.). — Le Cibazol en obstétrique et en gynécologie. *Schw. Med. Woch.*, 71, 217, 1941.
- COURTOIS (J.). — Petites cliniques gynécologiques et obstétricales. *J. des Praticiens*, 24 janvier 1942 (N° 4).
-

